

## الرعاية الجيدة بسعر مناسب

يمكن أن يساعد تخفيض الرسوم المتغيرة في تيسير تكلفة الرعاية التي تحصل عليها أنت وعائلتك في مستشفى Equitas Health. سيحدّد عدد الأشخاص في منزلك، وحالة فيروس نقص المناعة البشرية لديك، ودخل أسرتك السنوي، نسبة التخفيض التي ستحصل عليها.

ما الخدمات التي يشملها تخفيض الرسوم المتغيرة؟

تقلّل تخفيضات الرسوم المتغيرة تكلفة الكثير من خدمات مستشفى Equitas Health، مثل:

- جلسات الإرشاد الفردية والجماعية
- زيارات مقدّم الرعاية الأولية وطبيب الأسنان
- المعامل (فحوص الدم)\*
- الأدوية الموصوفة لك\*
- \*تنطبق بعض القيود

لن يقلّل تخفيض الرسوم المتغيرة تكلفة الخدمات التي ستحصل عليها من مقدّمي الرعاية الآخرين، مثل:

- بعض الفحوص المعملية
- أدوية موصوفة معينة
- تيجان الأسنان
- بعض فحوص الأشعة السينية

ما قيمة الدخل الذي بإمكانني الحصول على تخفيض الرسوم المتغيرة معه؟

- إذا لم تكن تعاني من فيروس نقص المناعة البشرية، فإن إجمالي دخلك السنوي يجب أن يكون بنسبة أقل من 200% من النسبة المذكورة في المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير، أو بعبارة أخرى؛ أقل من ضعف هذه النسبة.
- إذا كنت تعاني من فيروس نقص المناعة البشرية، فإن إجمالي دخلك السنوي يجب أن يكون بنسبة أقل من 500% من النسبة المذكورة في المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير، أو بعبارة أخرى؛ أقل من خمسة أضعاف هذه النسبة.

ما المقصود بالمبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير؟

تضع العديد من البرامج الحكومية التي تخفّض تكلفة الرعاية الصحية قيوداً على الدخل. الأشخاص الذين ينجون دخلاً يتخطى هذه القيود لا يمكنهم الاستفادة من تلك البرامج. تحدد حكومة الولايات المتحدة الأمريكية تلك القيود سنوياً، وتُعرّف باسم "المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير".

ما الذي سيحدث إذا تغيّر عدد أفراد أسرتي أو دخلي؟

سيراجع معك مستشفى Equitas Health التخفيض الذي تحصل عليه كل ستة أشهر، أو في أي وقت يتغير فيه دخلك أو عدد أفراد أسرتك. سيتعيّن عليك تقديم إثبات بدخلك الحالي إلى مستشفى Equitas Health كل ستة أشهر.

ماذا سيحدث إذا تغيّرت حالة إصابتي بفيروس نقص المناعة البشرية؟

إذا حصلت على نتيجة إيجابية لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية، فتحدّث مع مستشارك المالي. سيحدّث مستشارك ملفك ويراجع أي تخفيضات أخرى وسبل تمويل من شأنها أن تساعدك في سداد تكلفة الرعاية الصحية التي تتلقاها.

## تقديم الطلب

ستساعدنا إجاباتك عن الأسئلة الواردة بهذه الاستمارة، على معرفة قيمة التخفيض الذي يمكنك الحصول عليه مقابل خدماتنا.

أنا أبحث عن:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> الرعاية الطبية الأولية                    | <input type="checkbox"/> العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس (PEP)    | <input type="checkbox"/> مجموعات الدعم          |
| <input type="checkbox"/> الرعاية الطبية لفيروس نقص المناعة البشرية | <input type="checkbox"/> (تعرضت للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية) | <input type="checkbox"/> رعاية الأسنان          |
| <input type="checkbox"/> فحوص فيروس نقص المناعة البشرية            | <input type="checkbox"/> العلاج الوقائي قبل التعرض للفيروس (PrEP)   | <input type="checkbox"/> الطب النفسي            |
| <input type="checkbox"/> فحوص الأمراض المنقولة جنسياً              | <input type="checkbox"/> (الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية)     | <input type="checkbox"/> استشارات الصحة العقلية |
| <input type="checkbox"/> رعاية تأكيد الهوية الجنسية                |   |   |

تاريخ اليوم: / /			
ما الاسم الذي تفضّل أن نناديك به؟	الاسم الأول:	اسم العائلة:	
الاسم القانوني (مطلوب)	الاسم الأول:	أول حرف من الاسم الأوسط:	اسم العائلة:
تاريخ الميلاد	شهر/يوم/سنة:	رقم الضمان الاجتماعي:	
هل أنت مشترك في أحد برامج التأمين الصحي؟		الحالة الاجتماعية:	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مرتبط <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل/أرمل	
لا ينطبق التخفيض على بعض خطط التأمين.		مدير حالات مستشفى Equitas Health (إن وُجد):	
ما نوع الغطاء التأميني الذي لديك للوصفات الطبية؟			
<input type="checkbox"/> خاص <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> لا يوجد			
عنوان الشارع:		رقم الشقة:	
المدينة:		الولاية:	
سكني:		صندوق البريد:	
<input type="checkbox"/> دائم <input type="checkbox"/> مؤقت		نرى أنه من الضروري التواصل معك، لذا قد يرسل لك مستشفى Equitas Health خطاباً إلى العنوان الموضح أعلاه.	
أرقام الهواتف		البوابة الإلكترونية للمرضى	
رقم الهاتف الجوال:		تعد البوابة الإلكترونية للمرضى أكثر الطرق أماناً للتواصل معنا.	
رقم هاتف المنزل:		يرجى ذكر رقم بطاقة هويتك وإمدادنا بعنوان بريدك الإلكتروني لتتمكّن من الدخول.	
رقم هاتف العمل:		عنوان البريد الإلكتروني:	
<input type="checkbox"/> أوافق على تلقّي رسائل نصية.		<input type="checkbox"/> أوافق على تلقّي رسائل البريد الإلكتروني.	
الهوية الجنسية:	الجنس المحدد عند الميلاد:	الضمان المحددة للجنس:	التوجه الجنسي:
<input type="checkbox"/> رجل <input type="checkbox"/> امرأة <input type="checkbox"/> رجل متحول جنسياً <input type="checkbox"/> امرأة متحولة جنسياً <input type="checkbox"/> حيادي الميول الجنسية/غير ثنائي الجنس <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> خنثى <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> هو/نفسه/ملكه <input type="checkbox"/> هي/نفسها/ملكها <input type="checkbox"/> هم/أنفسهم/ملكهم <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> سحاقية، شاذ، مثلي الجنس <input type="checkbox"/> مستقيم جنسياً، ميول جنسية للجنس المغاير <input type="checkbox"/> مزدوج الميول الجنسية <input type="checkbox"/> شاذ <input type="checkbox"/>
	هل ترى نفسك متحوّلاً جنسياً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

## معلومات الأسرة

سيساعدنا عدد الأشخاص في "أسرتك" على تحديد نسبة التخفيض المستحقة لك.

يشمل الأشخاص في "أسرتك":

- الأطفال القانونيون
- شريك الزواج المدني
- الشخص المتزوج (زوج أو زوجة)
- المعالون القانونيون

استخدم الجدول التالي لذكر أسماء جميع أفراد أسرتك.

العلاقة التي تجمعك بكل فرد	تاريخ الميلاد	أسماء الأشخاص الذين يعيشون في منزلك (واذكر نفسك معهم)	
ابن	09/01/01	مثال: أنطوان أندرسون	
			1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
			8
			9
			10

احسب عدد الأشخاص الذين ذكرتهم في الجدول أعلاه واكتب الرقم هنا:

هذا هو إجمالي عدد أفراد أسرتك. ستحتاج إلى هذا العدد لاحقًا عند استخدام حاسبة تخفيض الرسوم المتغيرة.

## دخل الأسرة السنوي

دخل أسرتك السنوي هو المال الذي تجنيه أنت وأفراد أسرتك سنويًا.

في الجدول التالي:

1. اكتب كامل مبلغ الدخل الذي تجنيه أنت وأفراد أسرتك سنويًا بالدولار في خانة المبلغ.
2. أضف جميع الأرقام في خانة المبلغ. هذا الرقم هو إجمالي دخلك السنوي.
3. اكتب إجمالي دخلك السنوي في المربع بجانب السهم.

المبلغ	نوع الدخل
	الراتب/الأجر قبل الضرائب
	الدخل الناتج عن أي نشاط تجاري، ودخل المهن الحرة، والمعالين
	دعم الطفل/النفقة الزوجية
	التقاعد أو المعاش، ومدفوعات المحاربين القدامى، وإعانات الناجين
	الضمان الاجتماعي (الدخل الأمني التكميلي/التأمين ضد الإصابات التي قد تؤدي إلى فقدان الدخل/إدارة الضمان الاجتماعي)
	البطالة
	تعويضات العاملين
	فوائد الادخار/الائتمانات/العقارات، وعوائد الاستثمارات، وإيرادات الإيجار
	دخل العمالة الموسمية
	المساعدات الحكومية (بطاقة التحويلات الإلكترونية لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية)
	المساعدات المالية من خارج الأسرة
	أي مصدر دخل آخر تستعين به أسرتك على نفقات الحياة
\$	إجمالي الدخل السنوي ←

هذا هو إجمالي دخلك السنوي. ستحتاج إلى هذا الرقم لاحقًا عند استخدام حاسبة تخفيض الرسوم المتغيرة.

ملاحظة: ستحتاج إلى تقديم نسخ من الإقرارات الضريبية أو كعوب الدفع، أو أي شيء آخر يتضمّن عوائد جميع أفراد الأسرة قبل الموافقة على التخفيض المستحق لك.

الاسم القانوني (مطبوع) \_\_\_\_\_

توقيع الاسم القانوني \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

الاسم المختار (مطبوع) \_\_\_\_\_

توقيع الاسم المختار \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

لاستخدامات العيادات فقط				
دخل المريض السنوي:	عدد أفراد أسرة المريض:	النسبة المئوية لمستوى الفقر الفيدرالي (FPL) للمريض:		
نوع الغطاء التأميني للوصفات الطبية:	نوع المريض:			
الدخل السنوي X	النسبة المئوية للرسوم =	حد تغطية التأمين السنوي		
قائمة التحقق المرجعية				
<input type="checkbox"/>	الهوية/العنوان: رخصة السائق، أو فاتورة خدمات، أو رقم تعريف الموظف، أو غير ذلك			
<input type="checkbox"/>	الدخل: الإقرار الضريبي للسنة السابقة، أو أحدث كعبي دفع، أو غير ذلك			
<input type="checkbox"/>	التأمين: بطاقات التأمين			
<input type="checkbox"/>	فواتير/إيصالات طبية			
الموافقة				
فئة المساعدة:	<input type="checkbox"/> الفئة 0 (رسم رمزي)	<input type="checkbox"/> الفئة 1	<input type="checkbox"/> الفئة 2	<input type="checkbox"/> الفئة 3
	<input type="checkbox"/> الفئة 3	<input type="checkbox"/> الفئة 4	<input type="checkbox"/> الفئة (برنامج RW)	
دفعات التأمين الصحي للطبيب:	دفعات التأمين الصحي للعقلية:	دفعات التأمين الصحي للأسنان:		
نوع مساعدات الأدوية:	<input type="checkbox"/> ECare	<input type="checkbox"/> EPAP100 <input type="checkbox"/> EPAP50	<input type="checkbox"/> MOU100 <input type="checkbox"/> MOU50	<input type="checkbox"/> SS80%C <input type="checkbox"/> SS60%C <input type="checkbox"/> SS40%C <input type="checkbox"/> SS20%C
دفعات التأمين الصحي للوصفات الطبية على مدار 30 يومًا:	دفعات التأمين الصحي للوصفات الطبية على مدار 90 يومًا:			
تاريخ البدء:	تاريخ الانتهاء:			
وافق عليه:				
التوقيع:	X التاريخ:			

1. سيساعدك موظف الاستقبال أو المستشار المالي في حسابات الرسوم.

2. يمكن استخدام إجمالي الدخل المعدل أو إجمالي الدخل كتأكيد للدخل. قد يفيد إجمالي الدخل المعدل، المرضى الذين عدلوا ملحوظة في بيانات ضريبة الدخل الخاصة بهم.

3. تعتمد أهلية البرنامج والرسوم المتغيرة على الدخل والمبادئ التوجيهية لمستوى الفقر الفيدرالي (FPL) لهذا العام.

4. المرضى الذين لا يعانون من فيروس نقص المناعة البشرية، مؤهلون للحصول على تخفيض الرسوم المتغيرة إذا كان مستوى الفقر لديهم 200% أو أقل.

5. لن ينطبق التخفيض على مستوى الفقر إذا كان أعلى من 200%.

6. لضمان أن الأشخاص الذين يحاولون الحصول على تلك الخدمات لن يتم ردهم بسبب عدم القدرة على الدفع، فإن البرنامج سيستخدم الرسوم المتغيرة مقابل رسوم معقولة ومناسبة لجميع خدمات الرعاية الأولية.

7. سيوفر موظف الاستقبال أو المستشار المالي نسخة من جدول الرسوم المتغيرة لكل مريض.

8. يقبل مستشفى Equitas Health الدفعات الجزئية.

9. على المريض بذل جميع المساعي للدفع في نفس يوم تلقية للخدمات.

## تمويل "راين وايت" للأشخاص الذين يعانون من فيروس نقص المناعة البشرية

قانون رعاية "راين وايت" هو برنامج حكومي. يدفع صندوق "راين وايت" مقابل العديد من خدمات مستشفى Equitas Health للأشخاص الذين يعانون من فيروس نقص المناعة البشرية، مثل خدمات إدارة الحالات. وكما هو الحال مع تخفيض الرعاية للجميع (Care for All) الذي تقدّمه، فإن إجمالي عدد الأشخاص في أسرتك وإجمالي دخلك السنوي سيساعدنا على تحديد ما إذا كان بإمكانك الحصول على تمويل "راين وايت" لسداد تكاليف الرعاية التي تتلقاها في مستشفى Equitas Health أم لا.

**ما قيمة الدخل الذي بإمكانك الحصول على تمويل "راين وايت" معه؟**

يجب أن يكون إجمالي دخلك أقل من 500%، أو بعبارة أخرى؛ أقل من خمسة أضعاف النسبة المذكورة في المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقر، للحصول على تمويل "راين وايت".

**ماذا سيحدث إذا كنت أجنبي الكثير من المال؟**

على الأشخاص الذين يعانون من فيروس نقص المناعة البشرية ويجنون أكثر من خمسة أضعاف النسبة المذكورة في المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقر، التحدث إلى مستشار مالي لمعرفة المبلغ الذي سيدفعونه من دون الاستعانة بتمويل "راين وايت".

**ما هو "حد" الدفع السنوي لبرنامج تمويل "راين وايت"؟**

إذا كنت تحصل على تمويل "راين وايت"، فبمجرد إنفاذك لمبلغ محدد على خدمات الرعاية الصحية في السنة، فلن يفرض عليك مستشفى Equitas Health رسوماً مقابل أي خدمات أخرى لبقية هذا العام. نسمي هذا المبلغ "حد الدفع السنوي".

حد الدفع السنوي الخاص بك هو المبلغ الذي تنفقه مقابل أي رعاية تتلقاها في مستشفى Equitas Health. وهو أيضاً المبلغ الذي تنفقه على الرعاية التي تتلقاها في أماكن أخرى. يمثل هذا المبلغ تكاليف الرعاية الصحية الفعلية.

**ما هو حد الدفع السنوي الخاص بي؟**

يحدّد قانون رعاية "راين وايت" هذا الحد على أساس نسبة مئوية (أو جزء صغير) من إجمالي دخلك السنوي. مع تطبيق حد الدفع السنوي لـ "راين وايت"، فإن أكثر مبلغ ستدفعه مقابل رعايتك الصحية في عام واحد هو 5%، أو 7%، أو 10% من إجمالي دخلك السنوي. ستعرف حد الدفع السنوي الخاص بك لاحقاً باستخدام مخطّط حساب المدفوعات على حاسبة التخفيض المستحق للمريض.

**ما أنواع تكاليف الرعاية الصحية المحسوبة ضمن حد الدفع السنوي الخاص بي؟**

**تكاليف الرعاية الصحية المطبقة على حد الدفع السنوي الخاص بك هي:**

- مواعيد العيادات مع طبيب أو ممرضة

- رعاية الأسنان

- رعاية الأمراض الجلدية (الجلد)

- تكاليف التأمين الصحي، مثل الأقساط والدفعات المشتركة

- الصحة العقلية وزيارات التعافي

- رعاية العيون (العيون)

- الأدوية الموصوفة طبيياً ودون وصفة طبية

هذه ليست قائمة كاملة. سيراجع موظف الاستقبال الطبي أو المستشار المالي، فواتيرك الطبية ليرى ما إذا كانت تُحتسب ضمن حد الدفع السنوي الخاص بك أم لا.

**تذكّر ما يلي:**

- عليك دفع الرسوم المفروضة عليك بعد التخفيض حتى تصل إلى حد الدفع السنوي الخاص بك.
- مدفوعاتك مستحقة وقت زيارتك للعيادة.
- إذا كنت عاجزًا عن دفع الرسوم المفروضة عليك، فتحدّث إلى المستشار المالي أو متخصص الفوترة.
- عليك أن تخبر موظف الاستقبال أو مستشارك المالي إذا طرأت أي تغييرات على دخلك أو عدد أفراد أسرتك.
- عليك تقديم الفواتير أو الإيصالات لمستشارك المالي، ليرى ما إذا كانت ستُحتسب في حد الدفع السنوي الخاص بك أم لا.

الاسم القانوني (مطبوع) \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع الاسم القانوني \_\_\_\_\_

الاسم المختار (مطبوع) \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع الاسم المختار \_\_\_\_\_

## إقرار الدخل

أقر أنا، \_\_\_\_\_، (الاسم القانوني) أو أؤكد صحة المعلومات التالية. أفهم أن دخلي يشمل جميع الأموال التي أحصل عليها من العمل، حتى إذا لم أبلغ عن ذلك العمل لأغراض ضريبية. كذلك يشمل دخلي، على سبيل المثال لا الحصر؛ المال الذي أحصل عليه من المصادر التالية:

- التقاعد
- الاستثمارات
- البطالة
- الإعاقة
- دخل الزوج/الزوجة (إن وُجد)
- دخل الوالدين (إذا كان المستفيد مُعالاً)

دخلي السنوي: \$ \_\_\_\_\_

ليس لدي أي وثائق تؤكد دخلي. والأسباب هي (ضع علامة أمام كل ما ينطبق):

- أتلقى مستحقاتي نقدًا.
- لا أحصل على شيكات دفع أو كعوب دفع.
- لم أقدم إقرارًا ضريبيًا العام الماضي.
- لا يمكنني الحصول على خطاب من صاحب العمل
- أسباب أخرى، يُرجى التوضيح: \_\_\_\_\_

أنا أعيش حاليًا في أوهايو. العنوان الذي سجلته هو عنواني الحالي.

الاسم القانوني (مطبوع) \_\_\_\_\_

توقيع الاسم القانوني \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

الاسم المختار (مطبوع) \_\_\_\_\_

توقيع الاسم المختار \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_